Le Numéro : 15 CENTIMES — 14 Septembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

TRAITEMENT DES MAUX PERFORANTS PAR L'ÉLONGATION DES NERFS PLANTAIRES, par le Dr A. Chipault 353
PELADE, TEIGNE ET FAVUS, par J. Barozzi 354
ANALYSES 357
L'OUEST AFRICAIN (Gabon, Congo français). — *Acclimatement. État sanitaire* 360
DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE, tenu à Bordeaux du 6 au 14 août 1895. (*Suite*) CXXXV
CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895 CXXXVII

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux du 6 au 14 août 1895

(*Suite et Fin*) [1]

Séance du 14 août.

Traitement de la dacryocystite par le fluorol. — **M. Duclos** (de Bordeaux). Nous avons employé à la clinique de notre maître, M. le professeur agrégé Lagrange, dans le traitement de la dacryocystite à ses diverses périodes, un antiseptique peu usité jusqu'à présent et qui mérite d'être tiré de cet oubli. Cet antiseptique est le fluorure de sodium ou fluorol, sel blanc bleuâtre, inodore, de saveur salée, soluble dans 25 pour 100 d'eau.

Le fluorol à 1/100 arrête instantanément et définitivement les fermentations vitales, mais ne suspend pas les fermentations chimiques ; c'est un antiputride, non un antifermentescible.

Il a pour équivalent thérapeutique, chez le lapin, 8 centigrammes et pour équivalent toxique 1 décigramme. Les solutions à 1/100 et même 1/200 empêchent le développement des bactéries pyogènes.

Le fluorol est préférable au sublimé, 16 fois plus toxique, au nitrate d'argent, permanganate de potasse, formol, en ce que d'abord les injections dans les voies lacrymales n'en sont pas douloureuses, et surtout par l'effet curatif que nous avons obtenu.

Huit observations très probantes ont été publiées dans les *Archives cliniques de Bordeaux* ; nous en apportons cinq nouvelles à l'appui de l'efficacité incontestable du fluorol comme antiseptique, en solution à 1/200.

M. le Dr Lagrange pense que les bons résultats obtenus par le fluorol dans les dacryocystites où les injections de sublimé ont échoué, seraient dus à ce que le fluorol ne coagule pas les albumines ; les microbes ne sont pas protégés contre lui par une enveloppe d'albumine, et ainsi sont mieux atteints.

De plus, la muqueuse des voies lacrymales tolère, sans la moindre réaction, les injections de fluorol qui n'est ni caustique ni douloureux ; il ne provoque pas la moindre irritation ; la muqueuse moins vascularisée que par les autres antiseptiques offre un terrain de culture moins favorable.

Quoi qu'il en soit du mode d'action du fluorol, il est à remarquer que toutes les dacryocystites sont très rapidement améliorées et souvent guéries par les injections d'une solution fluorée à 1/200.

M. Haushalter (de Nancy) relate un cas de **rhumatisme blennorrhagique** au cours d'une ophthalmie purulente à gonocoques chez un enfant de vingt-cinq jours.

La lésion articulaire se localisa au genou droit et au poignet gauche ; elle était prédominante au genou, siège d'un épanchement abondant de liquide louche, riche en leucocytes polymiclés, comme permit de le reconnaître la ponction exploratrice ; par la culture, le gonocoque fut décelé dans le liquide articulaire de la façon la plus nette ; Lindermann et Deutschmann dans des cas analogues trouvèrent également le gonocoque. Ce cas porte à 11 le nombre des faits actuellement connus d'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né. De l'étude de tous ces faits on peut conclure qu'il n'y a aucun rapport entre le développement de l'arthropathie et l'abondance de la suppuration oculaire ; dans l'immense majorité des cas, le rhumatisme blennorrhagique du nouveau-né est monoarticulaire ou oligoarticulaire ; le genou, presque constamment frappé, est atteint dans une proportion plus élevée que chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte ; l'état général est peu touché, la fièvre habituellement absente ; la durée de l'arthropathie blennorrhagique du nouveau-né constamment fort courte, ne dépasse pas un mois et la lésion guérit sans laisser de traces.

De la métrite urémique. — M. Martin (de Magny). De trois observations, l'auteur conclut qu'une métrite spéciale peut se développer dans l'urémie, quelle qu'en soit la forme d'ailleurs. Ces observations portent sur des ménopausiques ; dans chacune d'elles les accidents utérins ont précédé les accidents urémiques. L'état de l'utérus s'est amendé parallèlement à l'état du rein. Les caractères particuliers que l'auteur attribue à cette affection sont les suivants : écoulement variable comme intensité et coloration, très irritant des parties qu'il souille et d'une odeur rappelant à s'y méprendre, celle du cancer. Peu de phénomènes subjectifs, un peu de pesanteur dans le petit bassin seulement.

L'utérus paraît au toucher légèrement augmenté de volume avec un col où certains points, siégeant au niveau de la cavité, tranchent par leur mollesse sur le tissu ambiant. A l'examen direct, on voit un col gros, assez rouge, dont le caractère principal est le suivant : sur les lèvres de la cavité cervicale siègent de petites saillies de dimensions variées et ressemblant à des bourgeons d'épithélioma, et qui ne sont en réalité que l'ectropion de la muqueuse utérine. Ils disparaissent par le traitement de l'urémie.

Un cas d'infection pyocyanique généralisée chez le vieillard. — M. Monnier (de Nantes). Il a semblé à l'auteur qu'on pouvait diviser en deux grandes classes les faits jusqu'ici publiés d'infections pyocyaniques généralisées chez l'homme ; d'une part, les faits isolés de maladie pyocyanique ayant évolué à titre de maladie infectieuse autonome ; d'autre part, les groupes de faits relatifs à des diarrhées, entérocolites endémiques ou épidémiques. L'endérocolite avec ou sans hémorrhagie est la manifestation clinique la plus importante des pyocyanies humaines.

L'observation que rapporte l'auteur établit la réalité d'une autre forme de pyocyanie humaine, forme à point de départ broncho-pulmonaire.

Un vieillard meurt de broncho-pneumonie après quatre jours de séjour à l'hôpital. Les principales lésions trouvées à l'autopsie étaient : des lésions de broncho-pneumonie, une pleurésie purulente droite, une endocardite pariétale du cœur gauche simulant un anévrysme de la pointe du cœur. Du vivant du malade, l'auteur avait isolé dans l'expectoration le même bacille qui fut retrouvé après la mort dans les organes précédemment mentionnés ; c'était le bacille pyocyanique. Ses expériences permettent de ranger ce germe dans la variété A de Ernst et dans la race A de Genaur.

Le bacille pyocyanique joue donc dans la pathologie humaine un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Bientôt peut-être, en raison des affections locales et générales que ce germe peut déterminer, verra-t-on bientôt figurer dans les ouvrages classiques un chapitre consacré aux pyocyanies humaines.

Observation de myélite aiguë dans le cours d'une bronchite. — M. Berger (de Coutras). Il s'agit d'un sujet de soixante-deux ans, cultivateur, qui à la suite d'un violent refroidissement, a pris une bronchite généralisée, et a été atteint de paraplégie huit jours après l'apparition de sa bronchite. Puis la paralysie a pris la forme ascendante, et le malade est mort dix jours après, exactement trois semaines après le début de sa bronchite.

Cette observation présente donc cet intérêt que le malade, qui en est l'objet, a fait une myélite aiguë ascendante, à la période d'état de sa bronchite. Si, depuis Ollivier d'Angers [1827], il existe dans la littérature médicale de nombreux cas de pneumonies compliquées de myélites, il n'en est pas de même de la *myélite bronchitique* qui est une rareté clinique. Aussi mon observation vient-elle s'ajouter au cas publié par Taylor en 1893 [1].

Observation de myélite aiguë à type de Landry. — M. Berger (de Coutras). Le sujet est une fillette de treize ans, non encore réglée, chez laquelle aucun antécédent soit héréditaire, soit personnel, n'est à relever.

La jeune malade accuse dès le début, une vive douleur à la hanche gauche, avec irradiation à la cuisse et au genou. Dans la position debout, le membre inférieur gauche présente l'attitude qu'on observe au début de la *coxalgie*. Cet état persiste une douzaine de jours. Puis l'affection affecte l'allure d'une *psoïtis*, indiquée par une violente douleur dans la fosse iliaque gauche avec extension à la région lombaire du même côté.

1. Voy. *Presse Médicale*, n° 39, 10 août 1895, p. CXVII ; n° 40, 14 août 1895, p. 314 ; n° 41, 17 août 1895, p. 323 ; n° 42, 24 août 1895, p. 332 ; n° 43, 31 août 1895, p. CXXIX ; n° 44, 7 septembre 1895, p. CXXXIV.

1. J. Taylor. — « Cas de syringomyélie avec bronchite. » *The Lancet*, 1893.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques | Caoutchouc et Gutta-percha
Câbles et fils isolés | pour usages médicaux
Pneumatiques de Vélocipèdes | Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUME.
MÉTRITES : PÉRICOLS

Hygiène de la Peau et Préservatif de la Contagion
SAVON ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris.

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

La paraplégie ne se montre qu'au bout du vingtième jour, donnant ainsi au diagnostic le droit d'avoir, durant toute la période antérieure, l'idée d'une coxalgie probable ou celle de psoïtis possible.

Puis la paralysie envahit rapidement les segments supérieurs de la moelle pour réaliser le type de Landry et amener la mort au bout de huit jours, après des phénomènes de contracture au membre supérieur droit, et de la paralysie complète au membre supérieur gauche. Comme épiphénomène, une légère métrorrhagie s'est montrée le vingt-troisième jour coïncidant avec une diarrhée abondante et fétide.

Cette myélite a donc débuté d'une façon insolite. Elle s'est d'abord annoncée par des signes de *coxalgie*, puis par des symptômes de *psoïtis*. La paraplégie ne s'est montrée que le vingtième jour.

Enfin, la métrorrhagie du vingt-troisième jour, qui pourrait être considérée comme une première menstruation, puisque la fillette n'avait pas encore été réglée, est bien plutôt, je crois, le résultat d'un état dyscrasique, et en rapport avec la nature infectieuse de l'affection.

Éruption scarlatiniforme et purpura hémorrhagique dans un cas d'infection locale mixte, staphylococcique et surtout streptococcique. — **MM. R. Auché et Lœvel.** Le purpura infectieux est le résultat de l'intoxication par les produits solubles microbiens. Au point de vue de la démonstration de ce fait, l'observation suivante équivaut à une expérience de laboratoire. Un jeune soldat bien portant, à la suite d'une cause mal déterminée (peut-être une piqûre d'insecte ou de paille), a, sur la partie antérieure du cou, un petit abcès qui évolue très rapidement, s'accompagne d'un œdème considérable de tout le cou et de la région antérieure du thorax, s'entoure d'une couronne de vésicules comme la pustule maligne, et donne lieu à un vaste épanchement sanguin sous-cutané au-dessous et autour de lui. Avec ces symptômes locaux existe une forte fièvre qui augmente encore le troisième jour de la maladie, en même temps qu'apparaissent des vomissements, l'éruption scarlatiniforme, des pétéchies et des ecchymoses des régions malléolaires et du dos des pieds. Le malade meurt au milieu de ces symptômes, environ trois jours et demi après le début des accidents. Après la mort, on trouve, en plus des hémorrhagies sous-cutanées, des caillots sanguins dans les calices et le bassinet d'un côté, et l'examen bactériologique fait découvrir des staphylocoques et des streptocoques très virulents dans la plaie et son voisinage, des streptocoques seulement dans le reste de la zone œdémateuse. Le sang et les viscères, foie, rate, reins, ne renferment aucune variété microbienne.

Chez ce malade, l'infection est donc demeurée locale. Il y a eu intoxication et non septicémie, et c'est à cette intoxication par les produits toxiques élaborés par les agents microbiens très virulents, trouvés dans l'abcès et la zone œdémateuse, qu'il convient de rapporter les symptômes généraux, la fièvre, aussi bien que l'éruption scarlatiniforme et les accidents hémorrhagiques.

Sur un cas de choléra nostras. — **M. Carrière** (de Bordeaux). L'auteur relate l'observation d'un cas de choléra nostras qui simula de tous points le choléra asiatique : faciès, crampes, vomissements, dysurie, selles à grains riziformes, refroidissement des extrémités, hypothermie complète. Deux jours après le début de la maladie, on constata l'apparition d'une angine pseudo-membraneuse en îlots disséminés. Après une rechute au septième jour, la guérison survint brusquement, sans phénomènes réactionnels, le quinzième jour après le début des accidents. L'examen microscopique et bactériologique des selles a permis à l'auteur d'attribuer cette affection à un microbe qui, cultivé sur différents milieux, s'est présenté avec des caractères qui permettent de le rapprocher de ce que Gilbert décrit sous le nom de para-coli-bacille du 5e type, c'est-à-dire immobile, ne donnant point la réaction de l'indol et ne faisant point fermenter le lactose.

De cette observation l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les para-coli-bacilles, comme le coli-bacille peuvent, donner lieu à une affection dont les symptômes se rapprochent singulièrement du choléra asiatique.

2° Une leucocytose très marquée accompagne l'évolution de cette maladie.

3° L'augmentation rapide du volume du foie accompagne l'infection para-coli-bacillaire.

4° On trouve dans cette affection, l'abolition de tous les réflexes, indice certain de l'intoxication de la cellule médullaire par les toxines sécrétées par le microbe.

5° L'existence d'albumine rétractile témoigne de l'altération passagère du filtre rénal.

6° Les para-coli-bacilles sont susceptibles de produire de l'angine pseudo-membraneuse.

7° Enfin on voit quel résultat a été obtenu par l'action de l'acide lactique en solution à 15 pour 100 dans les cas de ce genre.

Les parasites du genre streptothrix dans la pathologie humaine. — **M. Sabrazès.** Non seulement il n'est pas rare de rencontrer à Bordeaux des cas d'actinomycose, puisque, depuis l'année de 1893, époque à laquelle nous en avons étudié, M. W. Dubreuilh et moi, le premier exemple chez un garçon boulanger, cinq autres cas se sont présentés à la clinique dermatologique et un septième cas, tout récemment encore, à M. le professeur Picot et à moi-même qui en ai fait le diagnostic microscopique, mais il semble en outre que les affections produites par des champignons de même genre, les *streptothrix* ne soient pas exceptionnelles dans notre région. Au laboratoire des cliniques, dans un court laps de temps, nous en avons observé deux cas avec M. Rivière. Le premier a trait à un abcès du cerveau et à un infarctus suppuré du rein; le second à une infection broncho-pleuro-pulmonaire à streptothrix, suivie d'abcès miliaires dans lesquels se trouvait à l'état de pureté le même parasite que M. Rivière a isolé et étudié. Ce dernier cas appartient à la pratique de M. le professeur Picot.

Du reste, les derniers travaux publiés sur cette question, tant en France qu'à l'étranger, témoignent de la fréquence relative des affections produites par ces streptothrix. Il est même probable que sous le nom d'actinomycose, ainsi que l'ont déjà pensé MM. Sauvageau et Rudais, on décrit aussi des infections produites par des parasites très voisins au point de vue botanique, mais d'espèce différente, ce qui expliquerait la divergence des auteurs sur la morphologie et la biologie de l'actinomyces bovis : une étude attentive de chaque cas particulier soumis à la culture permettra d'en juger plus tard.

Les streptothrix sont largement représentés dans la flore microbienne de l'air et des eaux. Ceux qui interviennent dans la pathologie humaine et animale vivent sans doute en saprophytes dans le milieu extérieur où ils peuvent se développer sur des végétaux, sur des graines, sur des substances inertes.

La nature de leur porte d'entrée semble jouer un rôle essentiel dans la fixation et l'adaptation parasitaires. C'est ainsi que les gencives et les dents sont presque toujours le point de départ de l'actinomycose, que l'appareil broncho-pulmonaire a été vraisemblablement la première étape du parasite dans les cas d'Eppinger et dans celui de M. Picot et de M. Rivière. Ce sont les membres inférieurs qui, dans le pied de Madura, sont le lieu de la pullulation initiale, Peut-être, chacun de ces divers milieux de l'organisme, où se fait la porte d'entrée et où les streptothrix s'associent à des germes microbiens dont quelques-uns pourraient être persistants, convient-il au développement d'une espèce particulière. On sait, en effet, combien ces champignons sont sensibles aux infinies modifications dans la composition des milieux artificiels et des conditions physico-chimiques auxquelles on les soumet. Il serait intéressant de voir si les infections à streptothrix autres que l'actinomycose sont sensibles à l'iodure de potassium.

Traitement de la pneumonie par la digitaline à haute dose. — **M. François** (de Sarlat). Cette méthode de traitement qui a déjà fait l'objet d'une communication de l'auteur en mai 1882, à la Société de médecine de Bordeaux, a été inspirée par les travaux de M. Huchard.

Elle consiste dans l'administration de la digitaline cristallisée en solution au millième (solution Petit-Miahle) à la dose de 1 milligramme à 2 milligrammes de principe actif chez l'adulte le premier jour du traitement. Le lendemain, et si besoin, les jours suivants, la dose de 1 milligramme est continuée; et d'ordinaire, dès le second ou le troisième jour, on constate une amélioration considérable, parfois même une véritable jugulation de la pneumonie grave, infectieuse, adynamique, où un véritable changement à vue se produit dès le second ou le troisième jour, malgré la persistance et le développement des symptômes locaux.

En résumé, l'administration de la digitaline cristalline avec doses indiquées, à la condition d'avoir été commencée dès les premiers jours du début, amène toujours une évolution bénigne de la maladie, malgré l'apparence parfois fort grave du début, une extrême rareté des complications consécutives, et enfin la rapidité de la convalescence.

La médication sulfureuse et l'examen bactériologique des crachats. — **M. Arnozan.** La médication sulfureuse a de tout temps été reconnue comme plus efficace dans le traitement du simple catarrhe bronchique que dans celui de la tuberculose pulmonaire. L'examen bactériologique des crachats des malades soumis à cette médication confirme de tous points cette ancienne opinion. Dans une série de cas, pour lesquels M. Cassaët a bien voulu me prêter son concours, j'ai pu constater que toutes les fois que les seuls microbes constatés étaient des pneumocoques ou des streptocoques, la médication sulfureuse a été excellente. Lorsque ces microbes étaient associés à des bacilles de Koch, le résultat était beaucoup moins satisfaisant. Il est bien entendu que dans tous ces cas, la médication n'était prescrite qu'en tenant compte des conditions cliniques où elle est indiquée : absence de fièvre, absence d'hémoptysie, expectorations abondantes, etc.

De l'impétigo des enfants et de son traitement par la liqueur de Donovan (iodure d'arsenic mercureux). — **M. Saint-Philippe.** On a décrit sous le vocable d'*impétigo* des affections évidemment diverses. S'il y a un impétigo local, banal, contagieux et inoculable, propre à tous les âges, il existe un impétigo de cause générale, dû soit à une infection secondaire de l'organisme, soit à un vice primitif de la nutrition. Cet impétigo — indépendant de l'eczéma — est propre à l'enfance et se rencontre surtout chez les tout jeunes enfants. Il est peut-être lié au tempérament scrofuleux, peut-être à une vieille affection syphilitique des ascendants. Cet impétigo s'accompagne ou se complique souvent de troubles graves, pouvant même entraîner la mort — par intoxication suraiguë, par bronho-pneumonie, méningite, entérite et même par néphrite.

Il faut donc combattre cette dermatose et s'adresser pour lutter contre elle, non pas seulement au traitement local qui échoue souvent et quelquefois produit de l'aggravation dans l'état général, mais à une médication interne. La liqueur de Pearson, celle de Fowler, le protoiodure de fer ne donnent aucun résultat. Je me suis adressé à la *solution de Donovan*, suivant la formule de Soubeyran, où l'iode, l'arsenic et le mercure, ces puissants spécifiques, sont réunis à la dose de 1 gramme de chaque pour 100. Les enfants — même les nourrissons — supportent bien le remède, à condition de bien le doser suivant l'âge : cinq à six gouttes matin et soir, au-dessous d'un an, dix à quinze gouttes de un à trois ans. Les croûtes se dessèchent et tombent peu à peu. Les démangeaisons surtout sont vite calmées et la guérison survient assez rapidement. L'état général s'améliore, la gaieté reparaît.

Le même médicament réussit bien contre le premier et le second degré *de la scrofule* contre les blépharites, conjonctivites, coryzas, pharyngites, et même contre les bronchites anciennes et les adénites cervicales.

Traitement de l'appendicite. — **M. Villar** (de Bordeaux). Le traitement de l'appendicite n'est pas encore complètement fixé, ce qui est dû à ce que tel praticien n'a vu que des cas légers, tandis que tel autre n'a eu à traiter que des cas graves. De là une divergence d'opinions, les uns ayant une confiance absolue dans le traitement médical, les autres ayant de la tendance à recourir au traitement chirurgical.

L'auteur désire apporter 3 cas dans lesquels il a dû intervenir et attirer de nouveau l'attention sur les dangers de la temporisation. Dans un premier cas, il intervint cinq jours après le début des accidents, malgré l'avis d'un médecin, et trouva deux collections purulentes avec appendice entouré de fausses membranes. Dans un deuxième cas, il intervint au bout d'un mois, tomba sur une collection purulente dans laquelle baignait l'appendice amputé ainsi qu'un fragment d'os. La perforation intestinale obligea le chirurgien à terminer l'opération par l'établissement d'un anus contre nature. Dans un troisième cas, il voulut intervenir le troisième jour, mais la famille s'y opposa. Il ne put le faire que le cinquième jour et trouva une collection purulente, un corps étranger et une petite perforation intestinale.

L'auteur conclut que le traitement médical est réellement de mise dans certains cas, qu'il peut même suffire à lui seul, mais qu'il est des cas dans lesquels il faut s'empresser d'intervenir. Cette intervention devrait être faite vers le troisième jour, lorsque l'empâtement et les douleurs persistent et que l'état général ne s'améliore pas. Il est certain que dans ces trois cas on aurait pu intervenir plus tôt.

De l'actinomycose dans le sud-ouest. — **MM. Dubreuil et Frèche.** L'actinomycose est une maladie encore peu connue en France où elle est généralement considérée comme rare, nous avons cependant pu en réunir 7 cas dont 6 ont été observés à la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux; le septième nous a été communiqué par M. le professeur Picot.

Dans tous les cas, il s'agissait de la forme cervico-faciale de la maladie, qui est du reste la plus commune, et, dans la plupart, la maladie avait évidemment débuté par une dent cariée. Les premiers phénomènes sont tout à fait semblables à ceux d'un abcès dentaire et ont souvent une allure assez aiguë. Il se fait un gonflement inflammatoire étendu avec une partie centrale plus dure qui est en rapport avec une dent cariée, puis, que la dent ait été arrachée ou non, l'œdème diminue et l'on trouve un placard induré, d'une consistance ligneuse bien circonscrit, profondément situé dans l'épaisseur de la joue, de la région parotidienne ou cervicale, plus ou moins adhérent à la peau qui est d'un rouge violacé terne, adhérant intimement à l'os de la mâchoire supérieure ou inférieure par un point de son étendue. Au bout de quelques semaines, sur le placard induré qui grandit peu à peu, se développe une saillie rouge, douloureuse, molle, fluctuante, comme un abcès qui est sur le point de s'ouvrir; la peau se perfore et donne issue à une faible quantité de pus; la saillie s'affaisse, incomplètement, car elle est formée principalement par une masse de fongosités infiltrée de pus qui continue à s'écouler d'une façon intermittente les jours suivants. La fistule ainsi formée peut guérir au bout de quelques semaines, mais il s'en forme d'autres au voisinage, de la même manière. La maladie peut ainsi durer des mois ou des années s'étendant ou même se déplaçant en surface et perdant peu à peu ses attaches profondes à l'os maxillaire. Ce placard dur est assez caractéristique pour que nous ayons pu dans un cas poser le diagnostic avant la suppuration, avant même la production des masses fongueuses.

Les symptômes pathognomoniques sont fournis par l'examen du pus qui contient les grains jaunes de l'actinomyces. Ils sont déjà reconnaissables à l'œil nu par leur volume d'un grain de sable à une tête d'épingle, leur forme arrondie, leur consistance et leur couleur jaune pâle dans tous les cas que nous avons observés.

L'examen microscopique extemporané dans une goutte de glycérine est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Dans un cas, la maladie a débuté à la fois par une tuméfaction pseudo-phlegmoneuse de la région parotidienne et un abcès de l'amygdale du même côté, probablement dû à l'actinomycose. Dans un autre, le malade souffrait d'accidents intestinaux, probablement dus à la même cause et qui ont guéri par le traitement ioduré.

Dans quatre cas, la guérison a été obtenue par le traitement ioduré ; des trois autres, l'un a guéri par le curettage, un a été perdu de vue, le dernier est en traitement. Cette efficacité du traitement ioduré est d'autant plus remarquable que l'actinomyces se développe très bien dans des milieux artificiels très riches en iodure.

Ces faits montrent que l'actinomycose humaine existe dans notre région et qu'elle doit même y être assez fréquente mais qu'elle est méconnue. Il n'y a pas de raison pour que ces malades s'adressent de préférence et d'emblée à la clinique dermatologique qui cependant a eu jusqu'à présent le monopole presque exclusif de cette affection. Les cas d'actinomycose sont pris au début pour de simples abcès dentaires, plus tard pour des lésions tuberculeuses ou syphilitiques, et cela d'autant plus qu'ils guérissent par l'iodure de potassium.

Vitalité des spores du godet favique. — **M. Sabrazès.** Nos recherches sur le favus nous ont conduit à étudier les divers modes suivant lesquels se fait la contagion. L'observation clinique montre que la transmission des animaux à l'espèce humaine est exceptionnelle, par rapport à la contagion d'enfant à enfant qui s'exerce, soit directement, par contact avec un malade, soit indirectement par les objets souillés tels que brosses à cheveux, peignes, coiffures, foulards, etc., ayant appartenu à un favique.

Nous avons pensé que la transmission indirecte, par l'intermédiaire d'un objet inanimé, devait s'expliquer par la vitalité des spores du godet. Aussi fûmes-nous amené à ensemencer des spores de godets faviques détachés depuis plusieurs mois, ou plusieurs années, de leur substratum organique, le cuir chevelu et la peau glabre. Tous ces ensemencements furent fertiles.

Longtemps après son ablation, le godet est donc apte à la culture.

On pouvait nous objecter que le fait d'observer sur un milieu, même électif, une colonie qui a les apparences d'une culture favique ne constitue pas un brevet de spécificité pour le champignon que l'on cultive. Les associations cryptogamiques, si fréquentes dans la trichophytie, ainsi que l'a démontré M. Sabouraud, ne sont pas rares dans le favus. Peut-être cultivions-nous, à défaut d'achorion, un commensal sans action pathogène.

Il fallait donc procéder autrement pour vérifier notre hypothèse.

Le placard de godets d'inoculation de Marie S... (voir notre thèse, p. 73) fut détaché le 31 octobre 1892 morcelé, placé dans un flacon incomplètement bouché et abandonné sur une étagère du laboratoire. Un fragment de ce godet donna, en mars 1893, des cultures identiques à celles que nous avions obtenues à diverses reprises antérieurement. Le 15 mars 1894, l'ensemencement fut encore positif. Le 4 juin 1895, un débris de ce godet très ancien est délayé aseptiquement dans un peu de bouillon. Sa pulpe ainsi obtenue contient les éléments du parasite qui n'ont subi, malgré leur âge, aucune modification apparente. Une souris grise, indemne de toute altération cutanée, est, après cautérisation superficielle, inoculée dans la région du front par friction et par piqûre, et complètement isolée du milieu ambiant dans un bocal aseptique. Une souris témoin provenant de la même portée est placée dans un bocal différent dans des conditions identiques de milieu.

La première souris a eu, au point d'inoculation, un godet favique qui s'est accru progressivement au point de former un chaperon circulaire, jaune grisâtre, qui surmonte la tête au-devant et au-dessus de l'insertion des oreilles. Le simple aspect, l'examen et la culture ne laissent aucun doute sur le favus de cette souris qui a succombé à l'extension des lésions parasitaires.

La souris témoin est vivante et ne présente rien d'anormal.

Cette expérience démontre que, dans les débris de godet, les spores se maintiennent vivaces et propres à répandre la contagion.

Cette constatation comporte quelques déductions pratiques. En présence d'un cas de favus soumis au traitement, on commence par détacher les godets et on procède à l'épilation des régions malades. La matière faveuse, ainsi rendue au monde inorganique, ne devient pas immédiatement inerte. Elle recèle, étroitement agglutinées dans une gomme albumineuse qui les protège suffisamment contre les causes de destruction extérieure (lumière solaire, dessiccation, etc.), des milliers de spores mycéliennes. Ces spores restent à l'état de vie latente, se conservent pendant un temps non défini, mais qui peut aller au delà de deux année, l'aptitude à créer la lésion favique. Il faut donc se préoccuper de détruire et les godets et les cheveux faviques. Il suffira pour cela, par exemple, de les envelopper dans du papier qui sera simplement jeté au feu.

A côté de cette déduction pratique se placent quelques considérations théoriques.

Le champignon du favus de l'homme, au point de vue botanique, paraît être une forme reproductrice inférieure d'ascomycète (Constantin) dont la forme parfaite est toujours à chercher. Mais dans le groupe des mucédinées on n'a que très rarement pu rencontrer des formes inférieures conidiennes à l'état ascophore. Pour ce qui est de l'achorion, toutes les tentatives dirigées dans ce sens sont restées infructueuses. Ces résultats négatifs nous autorisent à nous demander si les spores mycéliennes du godet ne représentent pas la forme dernière du développement de ce parasite. Cette hypothèse devient plausible, si l'on prend en considération la vitalité des spores dans les lésions faviques. Ce sont, à proprement parler, des spores durables. Après plusieurs années, elles sont encore susceptibles de reproduire la plante et de perpétuer l'espèce.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 6 au 8 août 1895 (*Suite*) [1].

SECTION DE PÉDIATRIE

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche. — **M. Calot** (de Berck). Avec Dupuytren, tous les chirurgiens jusqu'à ces dernières années considéraient la luxation congénitale de la hanche comme une maladie incurable.

En effet, les prétendues réductions de Humbert, de Morley et de Pravaz en France, et de Paci en Italie, sont quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent des erreurs de diagnostic.

Cependant il n'est pas absolument impossible d'arriver par des manœuvres externes à la réduction.

Kirmisson y est arrivé une fois, de Lorenz deux fois, chez des enfants âgés de moins de quatre ans.

J'ai obtenu moi-même un succès complet chez une fillette de Tourcoing, âgée de trois ans et demi, par les seules manœuvres externes. L'enfant a été, à la suite de la réduction, immobilisée pendant près de deux ans dans des appareils plâtrés.

La réduction date actuellement de plus de trois ans et se maintient. L'enfant marche sans boiter.

Mais c'est sur des centaines de luxations congénitales que ces quatre succès incontestables ont été obtenus; toutes les autres luxations n'ont pu être réduites.

Ce n'est donc pas là que se trouve la solution du problème.

Elle ne se trouve pas non plus dans les méthodes qui n'amènent pas la réduction, ont pour but de fixer la tête. La méthode sclérogène peut atténuer dans une petite mesure, et dans tel cas particulier, la boiterie si disgracieuse de ces malades, mais le seul fait de la non-réduction entraîne de telles modifications dans la statique du corps et aussi dans le jeu du fémur, que la claudication reste très marquée; et personne, après avoir vu les malades ainsi traités, n'osera se déclarer vraiment satisfait du résultat obtenu.

Sans la réduction, nous n'obtiendrons jamais que de tristes résultats : c'est l'intervention sanglante qui peut seule nous donner cette réduction.

Les méthodes sanglantes sont presque discréditées en France; cela tient aux trois raisons suivantes :

1°) L'opération apparaît grave, si l'on s'en rapporte aux statistiques sincères;

2°) La réduction peut ne pas être obtenue sans que l'on sacrifie partie ou totalité de la tête fémorale, et la réduction ne se maintient pas.

3°) Dans les cas où la réduction s'est maintenue, le résultat fonctionnel était très médiocre. La boiterie n'était pas supprimée.

Je réponds à la première objection en disant que l'opération va devenir des plus bénignes, entre les mains de chirurgiens familiarisés avec la technique un peu spéciale de cette intervention.

J'affirme qu'on peut la faire en quinze, vingt ou trente minutes sans perte de sang.

Je l'ai faite six fois : trois fois pour des luxations congénitales et trois fois pour de vieilles luxations consécutives à la coxalgie.

Le choc a été inappréciable et les suites opératoires d'une bénignité extrême dans tous ces cas.

En second lieu, la réduction peut et doit toujours être obtenue sans sacrifice de la tête du fémur. La tête n'est jamais trop grande; je dirai même que plus elle est grande, plus les conditions sont favorables pour le maintien de la réduction.

La réduction se maintiendra et la cavité creusée n'est ni trop grande ni trop petite, et si la contention du membre est bien faite dans les semaines qui suivent l'intervention.

Enfin, si le résultat fonctionnel n'a presque jamais été parfait, c'est parce que les muscles ont été trop souvent sectionnés au moment de l'opération; et par l'incision extérieure on peut respecter tous les muscles et tous les tendons; ou bien encore parce que le traitement orthopédique et gymnastique n'a pas été bien conduit ou assez longtemps continué après l'intervention.

Mon opinion est basée sur ce que j'ai vu à l'étranger et sur le résultat de mes recherches. Mon expérience personnelle n'est pas encore très étendue. Mes trois opérations datent de trois mois, de quatre semaines et de trois semaines.

La première enfant marche depuis un mois, sans béquilles et sans appareil, et ne boite déjà plus.

Les deux autres vont se lever à la cinquième et à la sixième semaine; chez toutes les deux, la réduction se maintient parfaite à l'heure actuelle.

Je ne crains pas de dire que les interventions sanglantes donnent aux chirurgiens prudents et expérimentés une proportion de dix-neuf guérisons orthopédiques sur vingt.

Cependant je reconnais qu'il est des cas où il sera presque impossible d'arriver à maintenir la réduction.

C'est lorsque la tête est par trop atrophiée, ou que le col n'existe pas, ou que la tête est portée sur un plan antérieur à la diaphyse (en antéversion) : dans les deux premiers cas, la tête aura de la tendance à sortir de la cavité dans laquelle elle n'est que si imparfaitement encastrée.

Dans la troisième, on conçoit que la tête ne pourrait rester dans la cavité cotyloïde que si la cuisse se trouvait dans une très grande rotation interne; or, c'est là une condition défavorable à la marche.

Mais à part ces cas, exceptionnels heureusement, puisqu'ils ne se rencontrent peut-être que quatre à cinq fois sur cent et que l'on peut presque toujours, du reste, déterminer d'avance, les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche, pourront être guéris à l'avenir.

Quelques remarques sur les diverses méthodes de traitement des luxations congénitales de la hanche. — **M. Paul Coudray** (de Paris). Le traitement opératoire des luxations de la hanche a pris dans ces dernières années avec Hoffa et Lorenz un essor considérable; il semblerait en lisant certaines publications que tous les enfants de un à dix ans, ayant des luxations congénitales, doivent subir l'opération d'Hoffa. Nous pensons qu'il y a là une grande exagération.

L'opération d'Hoffa est grave, je ne suis pas le premier à le dire; sur 24 observations dûment publiées, j'ai relevé 3 morts et 3 accidents septiques graves. Son degré d'efficacité est indiqué par les chiffres suivants : 2 résultats très bons, presque des guérisons, 10 améliorations, 2 résulats nuls, 4 inconnus.

Ce sont donc des améliorations que donne l'opération; or les méthodes non sanglantes en donnent aussi et peut-être dans une proportion aussi grande et sans présenter le moindre danger. C'est ainsi que la méthode de Paci a donné, entre ses mains ou en d'autres, les résultats suivants : sur 21 observations utilisables, 4 guérisons, 12 améliorations, 5 échecs.

J'ai suivi, dans un cas montré au Congrès de chirurgie en 1893, la pratique de Paci en y ajoutant les injections sclérogènes de M. Lannelongue; j'ai eu un très bon résultat confirmé après deux ans de marche.

Je suis d'avis de faire précéder les manœuvres de Paci par l'extension continue à partir de cinq à six ans et, comme par le passé, je crois que les injections sclérogènes aident puissamment à la formation de la néarthrose et à sa solidité.

Je ne rejette nullement l'opération sanglante, mais j'estime qu'elle ne doit être faite qu'après l'échec de la méthode dont je viens de parler et alors elle sera facilitée par l'extension qui aura été faite préalablement.

Kirmisson a signalé comme opération palliative l'ostéotomie sous-trochantérienne pour remédier à la flexion et à l'adduction extrêmes dans les cas anciens de luxation bilatérale avec lordose énorme et gêne fonctionnelle considérable. J'ai suivi sa pratique, et dans un cas de ce genre, j'ai fait l'ostéotomie des deux côtés, dans la même séance, au grand bénéfice de la malade, âgée de vingt-cinq ans.

Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né. Indicanurie, guérison. — **MM. Daumel** (de Montpellier), et **Boïadjieff.** Urines, vineuses au centre sur les langes, noires à la périphérie, le troisième jour après la naissance chez un enfant né avant terme (un mois environ), et après une hémorrhagie utérine survenue quelques jours avant l'accouchement.

Couleur bronzée de la peau. Sclérotiques jaunes et ecchymotiques. Alternatives d'urines colorées en rouge violet, bleu, noir et jaune à plusieurs reprises pendant le premier mois de la vie.

Ni hémoglobine, ni méthémoglobine, ni hématurie, dans les urines : mais indican. Ces taches d'un bleu violet noircissent en vieillissant.

Trismus, anurie. Guérison.

L'enfant, aujourd'hui âgé de huit mois, se porte bien. Poids progressivement croissant.

Le foie, organe le plus artériolisé, par suite le plus oxygéné chez le fœtus, semble, dans ce cas, n'avoir pas pu transformer en bilirubine les produits de destruction de l'hémoglobine par le fait d'une oxygénation incomplète, quoique non mortelle, résultant de l'hémorrhagie utérine et du décollement placentaire partiel survenu.

Si l'hémaphéisme n'existe pas chimiquement, l'hémaphéisme absolu ou relatif, par fonction incomplète du foie, nous paraît devoir être maintenu.

L'ictère des nouveau-nés, surtout marqué chez les enfants nés en faiblesse congénitale, a subi, dans l'espèce, une aggravation plus grande encore, du fait de l'hémorrhagie qui a précédé l'accouchement prématuré.

D'où la nécessité, dans tout ictère, de rechercher la réaction de Gmelin, ou des éléments biliaires normaux, mais aussi celle des divers pigments anormaux, de l'indican, etc., etc., qui nous paraissent répondre à autant de variétés de la maladie-syndrome. (*A suivre.*)

1. Voy. *Presse Médicale*, n° 40, 14 août 1895, p. 320; n° 41, 17 août 1895, p. 328; n° 42, 24 août 1895, p. CXXVI; n° 43, 31 août 1895, p. CXXXI.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sédatif des CELLULES NERVEUSES

par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'OR

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈTE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

LISERONINE du Dr DAVYSONN

REMÈDE SOUVERAIN pour la guérison de la GOUTTE, de la GRAVELLE et des RHUMATISMES GOUTTEUX.

Complètement inoffensif pour les voies digestives et les autres organes.

PHARMACIE NORMALE, 19, Rue Drouot, PARIS

MÉDICATION GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

VIN GLYCO PHOSPHATE LANGLEBERT

SEUL ÉTAT OU LES PHOSPHATES SOIENT RÉELLEMENT ASSIMILABLES

NEURASTHÉNIE · EPUISEMENT · AFFECTIONS DES OS · SURMENAGE ·

CROISSANCE & DEVELOPPEMENT DES OS. 86, Rue de la Réunion, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Solution — Poudre titrée — Cachets de

CRÉOSAL DUBOIS

Le **Créosal** est le nom d'une série de préparations titrées à base de **tannate de créosote** (composé nouveau qui renferme 60 % de créosote et 40 % de tannin) dont on a **modifié la saveur et corrigé l'extrême astringence ; bien toléré à doses massives. — Diluer dans l'eau la solution et la poudre.**

DOSES. — **ADULTES** : 4 à 6 cuillerées ou cachets par jour. — **ENFANTS** : 1 cuillerée à café par année d'âge dans une journée.

NOTA. — **Le Créosal étant précipité de ses solutions par presque toutes les substances étrangères, on ne doit jamais l'associer *à d'autres* médicaments.**

Le Créosal a donné d'excellents résultats dans les

TUBERCULOSES, BRONCHITES, etc.

PARIS, 56, quai Jemmapes et toutes les Pharmacies.

Le Médicament LE PLUS ACTIF contre la

TUBERCULOSE

Bronchites chroniques, Pleurésies, Tuberculoses osseuses, Viscérales, Ganglionnaires, etc., etc., est le

CRÉOSOTAL

DE " HEYDEN " OU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HÊTRE

Il contient 92 0/0 de Créosote et 8 0/0 d'Acide carbonique

Les estomacs les plus délicats le supportent très facilement **pur** aux doses de 1 à 3 ou 4 cuillerées à café par jour.

ON L'EMPLOIE AUSSI EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES